



Programa de Planificación Familiar de Virginia para Hombres y Mujeres

Uso exclusivo de la agencia:
 Solicitud: Nueva
 Renovación
 N° de Caso _____
 Trabajadora de Elegibilidad _____

Plan First paga solamente por servicios de la planificación familiar. Usted puede ser elegible para la cobertura de cuidado médico completo si usted está embarazada, o si es menor de 18 años. Si esto se aplica a usted, por favor llene la solicitud de Seguro Médico para Niños y Mujeres Embarazadas que está disponible en www.famis.org.

Paso 1 Díganos quien llena la solicitud, dónde vive usted, y dónde recibe su correo:

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Números de teléfonos			Idioma de preferencia (Ver instrucciones)
		(Sufijo)	Casa ()	Trabajo ()	Otro ()	
Dirección	N. ° de Apto.	Ciudad	Estado	Código postal	Ciudad o condado de residencia:	
(Calle)						
(Dirección postal)						

Paso 2 Díganos sobre usted, su esposo/a (Si está casado/a y si viven juntos) e hijos menores de 21 años que viven con usted. Si usted es menor de 21 años y vive con sus padres, provea la información de ellos.

	Persona 1	Persona 2	Persona 3	Persona 4
Nombre (nombre, inicial, apellido)	(Sufijo)	(Sufijo)	(Sufijo)	(Sufijo)
Relación con la persona del paso 1	<input type="checkbox"/> Yo	<input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro/a <input type="checkbox"/> Otro (Ej. padres, nieto, hermano/a, etc.)	<input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro/a <input type="checkbox"/> Otro (Ej. padres, nieto, hermano/a, etc.)	<input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro/a <input type="checkbox"/> Otro (Ej. padres, nieto, hermano/a, etc.)
Fecha de nacimiento y sexo	Mes/día/año <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Mes/día/año <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Mes/día/año <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Mes/día/año <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

Paso 3 Provea la siguiente información solamente si está solicitando el Plan First.

	Aplicante #1	Aplicante #2
Nombre		
N. ° de Seguro Social (requerido)		
¿Tiene esta persona actualmente seguro médico? (Ver instrucciones para obtener más información.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si su respuesta es Si, provea: Tipo de póliza: _____ Nombre de la compañía: _____ N. ° de identificación de la póliza: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si su respuesta es Si, provea: Tipo de póliza: _____ Nombre de la compañía: _____ N. ° de identificación de la póliza: _____
Ha tenido usted un chequeo de planificación familiar en los últimos 3 meses.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si, cuando? _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si, cuando? _____
Raza de la persona. Ver los códigos que aparecen a continuación:	Código de raza: _____	Código de raza: _____
Código de raza: 1 Blanca; 2 Negra o Afroamericana; 3 Indio americana/Nativa de Alaska; 4 Asiática; 5 Latina-americana/Hispana; 6 Nativo de Hawaii u otra isla del Pacífico; 7 Asiática y Blanca; 8 Negra/Afroamericana y Blanca; 9 Otra o desconocida; o Asiática y Negra/Afroamericana		
¿Es esta persona ciudadano de los Estados Unidos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso negativo, proporcione lo siguiente:	N. ° de tarjeta de residencia/INS: _____ Fecha que ingreso a los EEUU: _____ País de nacimiento: _____	N. ° de tarjeta de residencia/INS: _____ Fecha que ingreso a los EEUU: _____ País de nacimiento: _____

Paso 4

Díganos sobre sus ingresos, el de su esposo/a (Si usted está casado/a y si viven juntos) y los ingresos de sus hijos menor de 21 años que vivan con usted. Si usted es menor de 21 años de edad y vive con sus padres necesitará presentar prueba de los ingresos de ellos.

Persona que recibe ingresos	Nombre del empleador o fuente de ingresos	¿Con qué frecuencia se reciben los ingresos?	¿Qué cantidad de ingresos brutos (antes de impuestos) es recibido?
_____ (Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido, Sufijo)	_____ Nombre del empleador	<input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> cada 2 semanas <input type="checkbox"/> al mes <input type="checkbox"/> al año	\$ _____
_____ (Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido, Sufijo)	_____ Nombre del empleador	<input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> cada 2 semanas <input type="checkbox"/> al mes <input type="checkbox"/> al año	\$ _____
_____ (Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido, Sufijo)	_____ Nombre del empleador	<input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> cada 2 semanas <input type="checkbox"/> al mes <input type="checkbox"/> al año	\$ _____
_____ (Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido, Sufijo)	_____ Nombre del empleador	<input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> cada 2 semanas <input type="checkbox"/> al mes <input type="checkbox"/> al año	\$ _____

Paso 5

Provea información sobre gastos de instituciones para el cuidado de niños o de adultos. Sí
 ¿Le paga usted a alguien para que le cuide al niño/adulto mientras usted trabaja? No

Nombre completo de la persona que recibe cuidado en una institución	_____ ¿Cuánto paga? _____ ¿ Con qué frecuencia? _____			
---	---	---	---	---

Paso 6

Inscripción para votar (Ver instrucciones para Paso 6)

Como un ciudadano del Commonwealth de Virginia, nosotros tenemos la obligación de proporcionarle la oportunidad de registrarse para votar al solicitar los beneficios. Marque uno de los siguientes:

Si usted no está inscrito/a para votar donde vive actualmente, ¿le gustaría registrarse para votar hoy?

- Si, me gustaría inscribirme para votar hoy. (Si usted necesita ayuda para llenar esta solicitud de inscripción de votante, le ayudaremos. Es suya la decisión de aceptar ayuda. Usted tiene el derecho de llenar su solicitud de inscripción de votante en privado.)
- No deseo solicitar la inscripción para votar hoy.

Si usted no marca ninguna caja, se considerará que su decisión ha sido de no registrarse en este momento.

Su decisión de inscribirse o de negarse a inscribirse para votar no influirá en la asistencia o los servicios que le dará esta agencia. Si usted cree que alguien ha obstruido su derecho a inscribirse o a negarse a la inscripción electoral, su derecho a ejercer en privado la decisión de inscribirse para votar, o su derecho de elegir un partido político o cualquier otra preferencia política. Usted puede presentar una queja en la oficina del Secretary of the Virginia State Board of Elections, (Secretario del Consejo de elecciones de Virginia), Ninth Street Office Building, 200 North Ninth Street, Richmond, VA 23219-3497, (804) 786-6551.

Uso exclusivo de la agencia: Entrevista no es requerida. Solicitud de inscripción de votante fue enviado por correo. Fecha de envío:

Paso 7

Díganos si le ha dado permiso a alguien para hacer el seguimiento a esta solicitud.

¿Le gustaría que alguien más se comunique con nosotros de parte suya? Favor de completar lo siguiente:

Yo autorizo a (nombre) _____

y/o (nombre de la organización) _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

N. ° de teléfono _____

Para recibir información necesaria para determinar la inscripción y elegibilidad relacionada con esta solicitud. También autorizo al LDSS y al Departamento de Asistencia Médica, a sus contratistas a dar información sobre esta solicitud a la persona/organización autorizada.

Paso 8

Firma del aplicante/s

Nota: No podemos procesar esta aplicación para usted a menos que esté firmada.

Certifico con mi firma a que he leído mis Derechos y Responsabilidades (localizado en la página de instrucciones) y acepto todos los términos y condiciones. También declaro que toda la información que he proveído en esta solicitud es verdadera y correcta según a mi leal saber y entender. Entiendo que si proveo información falsa, si retengo información o si no reporto los cambios en su debido tiempo o intencionalmente, se me podría negar o cancelar la cobertura médica y yo podría ser enjuiciado por perjurio, hurto y /o fraude.

Firma del aplicante #1 _____ Firma del aplicante #2 _____

FIRMAS (REQUERIDA)

Fecha _____

Instrucciones para la solicitud & Derechos y Responsabilidades

Esta solicitud puede llenarla hombres y mujeres que soliciten los beneficios a través de Plan First.

¿Cómo aplico?

Primero, llene esta solicitud y envíela por correo, por fax, o también puede entregarla personalmente al **Departamento de Servicios Sociales de su área (LDSS)** en la ciudad o condado donde usted vive. Si necesita ayuda para llenar la solicitud, llame al LDSS.

Si está embarazada o es menor de 18 años:

Usted debe llenar la solicitud del Seguro Médico para niños y mujeres embarazadas para solicitar la asistencia médica con beneficios completos para niños menores de 18 años y mujeres embarazada. Esta solicitud está disponible en el Internet en www.famis.org o en su LDSS.

Si usted tiene o es mayor de 19 años de edad:

Esta solicitud es para solicitar los beneficios médicos sólo para servicios de planificación familiar. Usted puede utilizar esta solicitud para inscribirse en el Plan First para usted y su esposo/a si viven juntos. También puede autorizar a alguien para que lo/a represente y solicite por usted.

Paso 1: Información de la persona que llena la solicitud

Complete esta sección indicando su nombre, dirección, ciudad y condado de residencia y número de teléfono. Por favor indique la dirección adonde usted desee que la información del Plan First sea enviada. Anótela en la sección de la dirección postal. Por favor díganos a que número telefónico le podemos llamar en caso de que necesitemos comunicarnos con usted sobre su solicitud del Plan First. Díganos cual idioma habla. Escriba el nombre del idioma en el espacio correspondiente, como por ejemplo: inglés, español, vietnamita, farsi, coreano, kurdo, árabe, urdu, ruso o cualquier otro idioma.

Paso 2: Información sobre el/la solicitante, incluya otros miembros de la familia que viven en su casa

Provea información sobre usted, su esposo/a (si esta casado/a y si viven juntos). Agregue a sus hijos menores de 21 años que viven en su casa aunque no estén solicitando para el Plan First. Aunque usted solo puede solicitar para personas que tienen o son mayores de 19 años en esta solicitud, necesitamos la información de todos los hijos menores de 21 años que viven en su casa para determinar con exactitud el número de miembros de la familia. Si hay más de 3 niños menores de 21 años en la casa, llene el Paso 2 en otra solicitud, y adjuntar a esta solicitud. Por cada menor de 21 años que viva en la casa escriba el nombre del niño, la relación con usted, fecha de nacimiento del niño si es hombre o mujer.

Paso 3: Información sobre las personas que están solicitando seguro

Si esta solicitando el seguro Plan First para esta persona, conteste todas las preguntas de la columna.

Todas las personas que están solicitando el Plan First deberán anotar el número de Seguro Social. Se requiere un **número de Seguro Social** para todas las personas que estén solicitando el Plan First.

Díganos si el o ella actualmente tiene o no otro seguro médico. Si la persona cuenta actualmente con cobertura médica, anote el tipo de póliza. Provea el nombre de la compañía de seguros y el número de póliza.

Si la persona ha tenido un gasto de planificación familiar en los últimos 3 meses, Plan First podría ayudarle con la cuenta. Marque Sí, si cualquier persona que solicita Plan First a tenido algún examen de planificación familiar en los últimos 3 meses y escriba el mes en que se hizo el examen. La persona tendrá que presentar prueba de ingreso económico de ese mes.

Escriba el número de código correcto correspondiente a la raza de la persona. Los códigos se enumeran debajo de la pregunta en la solicitud.

Si la persona es un ciudadano de los Estados Unidos, marque "sí". Si la persona es un inmigrante legal indique el número de la tarjeta de residencia/INS de esa persona, el país de nacimiento y fecha de ingreso a los Estados Unidos. Usted debe entregar una copia del frente y la parte de atrás de la tarjeta de residencia de la persona u otra prueba de su estado migratorio. Si la persona es ciudadano de Estados Unidos y reúne los requisitos para participar en el Plan First, tal vez le pidan que compruebe su ciudadanía e identidad.

Paso 4: Ingresos

Favor haga un lista sobre sus ingresos, el de su esposo/a (Si usted está casada/o y si viven juntos) y los ingresos de sus hijos menor de 21 años que vivan con usted. Si usted es menor de 21 años de edad y vive con sus padres necesitará presentar prueba de los ingresos de ellos y suyos.

Si los ingresos provienen de un empleo, indique el nombre del empleador. También incluya los ingresos provenientes de otras fuentes (tales como compensación de desempleo, Seguro Social, etc.) y escriba de dónde provienen los ingresos.

Para cada tipo de ingreso indicando, marque con qué frecuencia se recibe (cada semana, cada dos semanas, dos veces al mes, una vez al mes o anualmente) y escriba la cantidad bruta de los ingresos que recibe cada vez. Asegúrese de anotar la cantidad de los ingresos antes de los impuestos o cualquier otra deducción (ingreso bruto).

También deberá presentar un **comprobante de cada ingreso** que reciba cada miembro indicado en la lista. Tendrá que presentar un comprobante de todos los ingresos recibidos el mes anterior a la fecha de su solicitud o el equivalente a las cuatro 4 semanas más recientes. (Por ejemplo, si usted está solicitando en el mes de junio, deberá someter los comprobantes de ingresos recibidos en el mes de mayo.)

Para presentar un comprobante de ingresos de un trabajo, adjunte una copia de todas las colillas de cheque del mes antes de que hiciera la solicitud o el equivalente a las 4 semanas más recientes, donde aparezca el pago bruto. Si no tiene colillas de cheques, puede mandar una carta firmada

por su patrón diciendo cuánto le pagaron al empleado (pago bruto) durante cada periodo de pago de ese mes o puede llamar a su agencia de LDSS de su área y pedir un formulario especial en la que se reporta el ingreso laboral. Si trabaja de forma independiente, presente su declaración de impuestos más reciente y todos los horarios o registros del negocio.

Posiblemente le pidan que provea registros de los últimos 3 meses hasta del año pasado.

Posiblemente si los ingresos son diferentes de mes a mes, puede presentar un comprobante de los últimos 3 meses de ingresos para demostrar un ingreso promedio. Si tiene alguna pregunta del ingreso que tiene que reportar o qué comprobante necesita, llame a su LDSS.

Paso 5: Gastos de cuidado de niños o atención para adultos

Algunos gastos de atención infantil y para adultos pueden ayudar a que una persona califique para el Plan First. Díganos **si paga por atención infantil o para adultos mientras trabaja**. Si la respuesta es “sí”, escriba el nombre de cada persona que reciba cuidado, cuánto paga por la atención y con qué frecuencia paga. (Por ejemplo: \$50 a la semana o \$200 al mes). Usted, hasta podría reportar este gasto aunque le esté pagando a un familiar por el cuidado de sus niños. Los gastos de atención para adultos deben ser para un esposo/a o pariente incapacitado de la persona que solicita el seguro médico.

Paso 6: Inscripción para votar

Favor siga las instrucciones en la solicitud.

Advertencia: Fabricar deliberadamente una declaración falsa en esta solicitud constituyen en el crimen de fraude electoral que es castigado bajo la ley de Virginia como un delito grave. Aquel/la que quebranta la ley puede ser sentenciado/a hasta 10 años de prisión o hasta 12 meses en la cárcel y/ o ser multado hasta \$2,500.

Paso 7: Divulgación de la información

Si quiere que alguien más presente o reciba información en su nombre, **escriba con letra clara el nombre, de la persona u organización, la dirección y el número de teléfono de la persona** en esta sección. No vamos a dar a conocer información de esta solicitud a nadie con excepción de usted o su esposo/a si viven en la misma casa. A menos que usted nos diga quién puede recibir esta información.

Paso 8: Firma

Cada solicitante deberá firmar la aplicación aunque esta haya sido llenada por otra persona. Antes de que firme esta solicitud, asegúrese de que toda la información sea la correcta y lea con cuidado la sección sobre sus **Derechos y Responsabilidades**. Si firma esta solicitud, está aceptando las disposiciones de la sección de Derechos y Responsabilidades. **Firme y ponga la fecha en la solicitud**. Sin la firma, no podemos procesar una solicitud.

Lista de verificación final:

- ¿Contestó todas las preguntas?
- ¿Agregó el comprobante de ingresos del último mes?
- ¿Agregó todo otro documento necesario?
- ¿Firmó la solicitud?

Envíe por correo, fax o pase a dejar hoy la solicitud en su LDSS.

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

(Lea esta sección antes de firmar la solicitud)

Tengo el derecho de:

- ▲ Ser tratado con justicia e igualdad, independientemente de mi raza, color, religión, origen, género, creencias políticas o incapacidad conforme a la ley estatal y federal.
- ▲ Presentar una queja si siento que me han discriminado.
- ▲ Solicitar por escrito una audiencia o revisión de cualquier acción negativa que afecte mi elegibilidad o derecho a los beneficios de Plan First. Esto incluye decisiones oportunas que se tomen en esta solicitud.

Asimismo, entiendo y acepto que:

- ▲ El Estado y sus contratistas podrán contactar a otras agencias estatales y federales a fin de verificar cualquier información que afecte a la elegibilidad para la cobertura de las personas que aquí se solicitan.
- ▲ El Estado y sus contratistas podrán intercambiar la información contenida en esta solicitud, así como información médica, de salud o de otra índole, relacionada con la cobertura de la persona con otras agencias y contratistas, a fin de ayudar con la solicitud, inscripción, administración, y control y garantía de calidad.
- ▲ El Commonwealth de Virginia o la entidad designada por ésta tiene derecho a recibir pagos por servicios y suministros de compañías de seguro y otra fuentes con responsabilidades legal, como reembolso por servicios médicos recibidos por esta persona.
- ▲ Cada proveedor de servicios médicos de la persona podrá facilitar toda la información médica o de otra índole que sea necesaria para que el proveedor reciba el pago.
- ▲ Si soy elegible para beneficio completo de Medicaid, tendré que cooperar en el establecimiento de la paternidad y apoyo médico para mis hijos. Entiendo que si me niego a colaborar, esto puede causar a que ya no sea elegible para los beneficios completos de Medicaid.

Como persona inscrita en Plan First, entiendo que:

- ▲ Podría ser responsable de pagar cualquier servicio que no este cubierto por Plan First.
- ▲ Debo notificar a LDSS de cualquier cambio en la información proveída en esta solicitud en 10 días laborales.
- ▲ **Plan First** se debe renovar al menos **cada 12 meses**. Es importante que avise de cualquier cambio de su dirección a la agencia de LDSS que maneja el caso. Si no tenemos la dirección correcta, no podremos avisarle cuando es el tiempo de renovar la cobertura y se cancelará la participación de la persona/s en el programa.

**Ayúdenos a que mantenga su cobertura.
¡Avísenos si se muda!**